

## **Gobierno de embarazos y partos: las guías de procedimientos de los Ministerios de Salud nacional y provincial.**

Belén Castrillo (CiMeCS–FaHCE–IdIHCS–UNLP/CONICET)– belen.castrillo@hotmail.com

### **Resumen**

La propuesta de trabajo es presentar, describir y analizar tres guías procedimentales de los Ministerios de Salud Nacional y Provincial que (re)producen los lineamientos de lo que aquí denominamos gobierno de embarazos y partos, en términos de la regulación estatal de la atención y la concepción de estos procesos de la vida sexual y reproductiva de las mujeres y las familias. Analizaremos particularmente qué sentidos se asignan a tales procesos, cómo se corporiza/expresa el enfoque de derechos humanos, qué atención médica se legitima y aconseja, etc.

Dicho trabajo nos ha permitido establecer algunas primeras conclusiones: las guías aportan a la construcción de los embarazos y partos como eventos médicos y patológicos y potencian el enfoque del riesgo obstétrico como factor de evaluación de normalidad/desviación, aunque, paralelamente, buscan instalar el paradigma humanizador en la atención obstétrica.

### **Presentación: gobierno de embarazos y partos**

La humanización de la atención médica se vincula a un paradigma que propugna cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica, que tiene raigambre en diversas áreas de la salud. En la atención de embarazos y partos de bajo riesgo, específicamente, pone el acento en que durante el proceso perinatal, se garanticen los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y las familias, se lo entienda como un proceso integral (que adquiere significaciones psicoafectivas, emocionales, culturales y sociales) y se modifiquen las prácticas profesionales clínicas y, por tanto, las relaciones médicas. De este modo, la humanización de la asistencia al proceso perinatal implica una transformación tanto de la comprensión del mismo como del hacer médico (Porto et al, 2015). En este sentido, la humanización aparece como alternativa al exceso de intervencionismo médico, patologización y medicalización construida alrededor de estos procesos, que ha tendido a generar una cultura del nacimiento estandarizada, homogénea, tecnologizada, supeditada a protocolos clínicos e institucionales, y desvinculada de los derechos y necesidades de las mujeres que paren.

La propuesta de trabajo es analizar un conjunto de guías que conforman lo que consideramos la política de humanización de la atención del proceso perinatal, una expresión de las diversas modalidades que puede adquirir el gobierno de embarazos y partos, como regulación estatal de la profesión médica. El conjunto de normativas que regulan la atención médica de embarazos y partos para el contexto estudiado se ha explicitado en tres documentos oficiales: dos programas de raigambre nacional y uno específico de la provincia de Buenos Aires, todos con aplicación local. Nos referimos a: *“Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo”*(en adelante, Guía 1), producido por UNICEF y Ministerio de

Salud de la Nación en 2011; la *“Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia”* (en adelante, Guía 2), con autoría de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación de 2012; y la *“Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo”* (en adelante, Guía 3) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires publicada en 2012.

Consideramos que estas guías ministeriales forman parte del entramado normativo de lo que consideramos como la política de humanización de la atención del embarazo y parto. En nuestro país, este entramado incluye otra serie de documentos, y se funda en los derechos consagrados en la Ley 25929 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”, sancionada en 2004 y reglamentada once años después<sup>1</sup>. Para esta ponencia específica, nos referimos al gobierno de los embarazos y partos que, consideramos, se ejecuta y legitima desde dos sectores de poder: las normativas estatales e institucionales (que actualmente se vinculan al paradigma humanizador); y la conducción, vigilancia e intervencionismo médico. Ambas cuestiones están interrelacionadas, ya que el supuesto básico es que a través de estas normativas el Estado genera legitimaciones y cuestionamientos a las intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto<sup>2</sup>; al tiempo que ayudan a desterrar mitos instalados en la práctica clínica, a la vez que da nuevas orientaciones para el trabajo profesional. Intervenir o no intervenir en el proceso fisiológico (y cómo hacerlo), esa es la cuestión.

Entonces, el marco conceptual que sostiene nuestro análisis, parte de pensar que al cuestionarse (desde diversos organismos internacionales y nacionales gubernamentales ligados a la salud –OMS, OPS, UNICEF, CEDAW, etc- y desde distintas organizaciones sociales feministas y de derechos humanos) las prácticas médicas que se rutinizaron durante el proceso perinatal en el marco de un modelo médico hegemónico patologizador, basado en la construcción del riesgo reproductivo como un universal (considerando a todos los partos como riesgosos), se han construido instrumentos y dispositivos legales y de política pública para garantizar su revisión, estableciendo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como fundamento. Estos últimos, a su vez, invitan a repensar y modificar la práctica profesional, para lo cual se crearon guías procedimentales que apuntan

---

<sup>1</sup> Conocida como “ley de parto respetado”, establece los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a: la información sobre su evolución y estado de salud y sobre las intervenciones para optar libremente; al trato respetuoso individual y personalizado; a ser consideradas personas sanas; al parto natural (es decir, al respeto de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de ella y su bebé); a no ser objeto de estudio sin su consentimiento; al acompañamiento por la persona que elija; y a no ser separada de su bebé, principalmente.

<sup>2</sup> Dado que el interés de esta publicación se recorta a la atención médica en los procesos de embarazo y parto, decidimos enfocarnos en las regulaciones al respecto y descartar así las cuestiones del control puerperal o de posparto, la lactancia y la internación neonatológica de los recién nacidos, en los que las guías profundizan.

a marcar nuevas orientaciones en la atención médica de partos. Estos procesos implican y reconocen disputas entre la sociedad civil, el Estado (en sus diversos ámbitos), las corporaciones médicas y las distintas formas de institucionalidad del sistema de salud. Esto es, el Estado garantiza derechos y a la vez interviene en la profesión médica. En resumen, partimos de una división analítica que en los documentos y la “realidad” aparecen juntos: en las prácticas vemos qué derechos se garantizan o violan, del mismo modo que en los derechos vemos qué prácticas es necesario cambiar, revisar o adoptar.

Introducidas las cuestiones principales que hacen al contexto del tema de estudio y la lente desde la que lo miramos, expondremos la descripción y el análisis de los documentos en base a cuatro ejes emergentes principales: a) una presentación breve de cada una de las guías y de los elementos destacables; b) cómo aparece en estas guías la cuestión de la interrelación conceptual entre los derechos sexuales y reproductivos y la revisión de prácticas médico-obstétricas (nuestra lente); c) la primacía del enfoque de riesgo en embarazos y partos; y d) un análisis simbólico-discursivo de los sentidos cristalizados en estas guías. Estos son núcleos temáticos que sirven para esquematizar la exposición y dar cuenta de algunas líneas de lectura de las normativas, que, a su vez, pueden aplicarse en el análisis de su ejecución e implementación en la práctica de la atención obstétrica.

## ***Análisis de las guías***

### **• 1-Características generales**

En términos operativos, la política social pública principal que “regula” la atención médica del embarazo y del parto en establecimientos de salud públicos actualmente es el modelo “Maternidades seguras y centradas en la familia” (MSCF, **Guía 1**) que toma la experiencia de las prácticas en la Maternidad Sardá desde 1980 y busca replicarla.

“Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna” (Guía 1,11).

Decimos que “regula” pero sólo en términos simbólicos, en tanto emerge como el horizonte al que se aspira desde el Estado en la atención perinatal y como modelo de comparación y medición de las maternidades públicas, como propuesta en desarrollo<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Esta normativa cubre a los nacimientos que se dan en hospitales públicos (60 % del total en el país), lo que constituye una orientación limitada ya que por la descentralización del sistema de salud, sólo ha recibido el

El modelo MSCF, postula la humanización de la atención en el marco de un enfoque de derechos, del protagonismo de la mujer y su familia y del equipo de salud, del uso de prácticas efectivas y a través de ideas ligadas a la efectividad, seguridad, cultura del error basada en el sistema, evidencia, cambio espacial<sup>4</sup>, medicina centrada en el paciente y a la suma de lo humanístico al progreso tecnológico.

La **segunda guía** que forma parte del entramado normativo, producida en 2010 también con autoría del ministerio de salud de la Nación y de UNICEF, deviene completamente de la primera al sentar las bases para la “atención del parto normal en las MSCF”. Establece como principales destinatarios a los equipos de salud (obstétricas, tocoginecólogos, neonatólogos, generalistas, enfermeros, etc.) y busca ser un compendio de evidencias científicas para la práctica profesional.

Un hecho sumamente relevante sobre este segundo documento es que su punto de partida es un diagnóstico de situación sobre el proceso histórico de medicalización del parto y de su construcción como acto médico, en una acción de reflexividad sumamente interesante. Da cuenta de los procesos de institucionalización y patologización de todo el proceso perinatal y la entrada de mujeres y recién nacidos sanos a la lógica hospitalaria. Da cuenta, a su vez, de cómo el eje de las decisiones pasó a ser el equipo de salud y cómo se extendió el uso de tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo a todos los casos (incluidos los *normales*), rutinizando las prácticas médicas.

Además del diagnóstico de situación sobre el estado de medicalización, patologización e intervención del proceso de parto (que habrá que evaluar si esta política reproduce o combate), da cuenta de varias acciones político-estatales internacionales que buscaron humanizar la atención<sup>5</sup>, con lo cual permite instalar este entramado político en un marco mayor.

Finalmente, la tercera guía, propuesta desde la cartera de salud de la provincia de Buenos Aires, analiza los tres subperíodos de este proceso general: embarazo (y controles prenatales), parto y puerperio, de bajo riesgo. Sus postulaciones se insertan en la búsqueda de un “*cuidado integral de la mujer*” y en un enfoque de derechos, centrado principalmente en los derechos de salud. Se presenta como una guía de procedimientos, en tanto apunta a enriquecer el compendio documental, estimando la utilización de prácticas demostradas científicamente como beneficiosas y alertando sobre las prácticas que se evidencian como

---

aval de algunos sectores<sup>3</sup>. Como apela a un cambio en el paradigma y cultura organizacional de ciertas instituciones sanitarias, el alcance es aún más limitado, ya que es gradual y no obligatorio.

<sup>4</sup>El modelo MSCF supone un cambio espacial y estructural, sustentado en el principio de que “el área materno-infantil debe parecerse lo menos posible a un hospital” (Guía 1: 54).

<sup>5</sup>“Diez principios del cuidado perinatal” de la oficina europea de la OMS (2001); “Iniciativa para mejores nacimientos” de la OMS en Sudáfrica (2002), y el “Decálogo CLAP OPS/OMS: Metas a lograr en la atención materno perinatal en América Latina y el Caribe” (2003).

perjudiciales; en tanto se sugieren estrategias para definir aspectos clínicos y tomar decisiones en el marco de pautas consensuadas. Define las acciones, prácticas e intervenciones a llevar a cabo por el equipo de salud en los procesos de embarazo, parto y puerperio, con un alto nivel de profundización y caracterización.

Concluida la presentación general de las guías estudiadas, que en la práctica operan interrelacionadas, ofrecemos un análisis de algunos ejes más específicos.

- *2-Derechos sexuales y reproductivos y revisión de prácticas*

Las normativas ministeriales que analizamos, se ubican explícitamente en un enfoque de derechos para direccionar la práctica profesional en la atención médica de embarazos y partos, respondiendo cierta tendencia general de las políticas de las últimas décadas. Desde este enfoque, entienden a la atención de la salud como una responsabilidad moral y legal de los gobiernos y a los sujetos (en términos universales) como personas empoderadas que conocen sus derechos y exigen su cumplimiento y garantía (Guía 3: 13).

Además de la explicitación de los derechos en la ley de parto respetado, las guías (producidas posteriormente) retoman este eje de derechos de diversos modos e incluso ambiguos. Por ejemplo, en distintos pasajes, las guías hacen referencia a los *derechos* tratándolos como *necesidades*, *decisiones* o *deseos*, sin tener en cuenta que sus significados difieren ampliamente. Se argumenta, desde lo discursivo y en el marco del horizonte humanizador, que el equipo de salud debe actuar respetando los derechos y las decisiones de las mujeres. Entendemos la apuesta simbólica que esto representa, pero consideramos que esta serie de postulaciones idealizan la relación médico-paciente, en tanto supone que los médicos y la estructura organizacional hospitalaria están dispuestos a negociar (y respetar) esas decisiones/necesidades/derechos, y que las familias pueden hacerlo, sin tener en cuenta variadas constricciones estructurales, como las diferenciales de *status* o de recursos simbólicos, culturales o sociales que permitan *negociar* en el marco de relaciones de dominio/subordinación médico-pacientes.

Como sostenemos, la explicitación y búsqueda de garantía de derechos sexuales y reproductivos, afecta y determina la evaluación y readecuación de las intervenciones médicas. Para dar cuenta de este segundo eje, es relevante destacar que las guías establecen criterios para su revisión. Por ejemplo, la Guía 1 propone reevaluar las prácticas médicas en la atención del parto y modificarlas teniendo como criterios la efectividad, la seguridad, la cultura del error basada en el sistema, el cambio espacial y la medicina centrada en el paciente (todos vinculados a la política de humanización). En términos de nuestra pregunta por la humanización del nacimiento, que postulamos ver aquí desde las intervenciones médicas que se legitiman y las que se cuestionan, este entramado de guías,

realiza una extensa postulación de lo que se recomienda y lo que considera innecesario; en un claro uso de lo necesario/innecesario como criterio rector de la práctica profesional. En paralelo, destaca el uso extendido (y naturalizante) de términos como vigilancia, control, riesgo, evaluación, normalidad y desviación, que apuntan a reproducir la construcción del proceso de embarazo y parto como evento médico, estandarizado, riesgoso, peligroso y de emergencia, que requiere la intervención y atención médica.

• *3-Primacía del riesgo: Todo embarazo y parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario.*

Es relevante, entonces, mencionar cómo define este entramado de normativas los eventos perinatales que reconstruimos y qué orientaciones propone para su atención médica. Se entiende al **embarazo** de bajo riesgo como

“aquel que transcurre sin que factores desfavorables (biológicos, psicológicos, sociodemográficos, etc.) y/o patologías maternas previas o adquiridas en el transcurso del embarazo evidentes o no, interfieran en su normal evolución llegando a término con feto sano, en presentación cefálica y proporción cefalo-pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y un puerperio normal” (Guía 3: 17).

Esto implica, entonces, que su definición no se da sino hasta el final del proceso perinatal total, por lo cual durante toda su evolución existe la sospecha del desencadenamiento inminente de un riesgo o complicación.

Para la atención médica del embarazo, la Guía 3 (que profundiza sobre este apartado) presenta el dispositivo de los controles prenatales (CPN), esto es, entrevistas de la embarazada con el equipo de salud, preferentemente en los centros de atención primaria (en base al sistema de referencia y contrarreferencia del sistema de salud) con el fin de evaluar el estado de salud de la embarazada, descartar patologías, promover estilos de vida saludables, “vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido y la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico” (Guía 3: 19, el subrayado es propio). Asimismo, este control tiene el principal propósito de “determinar una primera calificación del riesgo y así poder definir el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado de atención” (Guía 3: 23). La “etiqueta de riesgo” se renueva en cada CPN, y esta preponderancia del enfoque de riesgo biomédico da cuenta de la construcción patologizante del embarazo. Los factores de riesgo asociados al embarazo se vinculan a cuatro ejes: características individuales o condiciones sociodemográficas desfavorables, antecedentes obstétricos, patologías del embarazo actual y patologías maternas previas al embarazo. De todos, el primer conjunto de factores de riesgo merece una especial atención en tanto tiende a compatibilizar como “scores de riesgo” situaciones que bien no podrían afectar de igual modo el desenvolvimiento de un evento de salud como es el embarazo; esto es, la edad, la situación laboral, el estado civil y el analfabetismo; reproduciendo así su patologización y medicalización.

La guía establece minuciosamente cómo, cuándo y dónde deben hacerse estos CPN, que para ser de calidad deben reunir cuatro requisitos: ser precoces (antes de la semana 14), ser periódicos (aproximadamente 5 en los embarazos de bajo riesgo), ser completos (incluir evaluación antropométrica, nutricional y general de la salud de la embarazada y del feto) y tener amplia cobertura (en el marco del derecho a la salud).

Uno de los puntos centrales del CPN es la “educación para la salud”, esto es, la transmisión de conocimientos que no son eminentemente médicos sino que incluyen distintos aspectos del tránsito de vida durante esta etapa. Se trata de una pedagogía médica que se basa en una concepción distintiva de la mujer embarazada como ignota, sin saberes previos (femeninos, familiares, populares, de experiencias anteriores) y en general, irresponsable (por lo que debe ser objeto de estrategias de captación por los promotores de salud). Un instrumento particular de educación para la salud es el curso de “Preparación Integral para la Maternidad”, conocido popularmente como “curso de parto”. En otros trabajos nos hemos preguntado si estas estrategias pedagógicas del CPN no apuntan, en realidad, a una socialización para la obediencia en el parto.

Si bien, nuevamente, entendemos y compartimos la importancia en términos de salud pública que implica la extensión de cobertura y acceso universal a los CPN, sigue existiendo un trasfondo que conceptualiza a la mujeres-madres como alguien a quien vigilar, controlar y enseñar, o, en una palabra, tutelar ¿Qué clase de protagonismo informado se puede promover desde allí?

La humanización de la atención de todo el proceso de gestación y nacimiento conlleva un apartado especial para el embarazo. Aunque no tan profundizado en los documentos analizados, refiere al respeto y protección de los derechos de las mujeres (trato, intimidad, privacidad, información para la toma de decisiones, acompañamiento) y al respeto de su figura como protagonista del evento perinatal. Al igual que en la atención del parto, supone respetar los tiempos biológicos y fisiológicos y evitar intervenciones innecesarias que pueden traer consecuencias iatrogénicas (como el exceso de estudios exploratorios).

Respecto a la segunda parte del proceso que nos concierne, el **parto**, pensamos dos partes de su análisis: la concepción del parto que conlleva este entramado de guías y las intervenciones médicas que propone (y descarta) para su atención, aunque completamente interrelacionadas. Se utiliza la definición de la OMS sobre parto normal, que lo define como “aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación

cefálica, entre las 37 y 41<sup>6</sup> semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones” (Guía 2: 24, el subrayado es propio). Otra vez la definición del bajo riesgo es posterior al evento, por lo que se actuará con presunción de riesgo y las decisiones se verán confundidas por la incertidumbre. ¿Qué espontaneidad puede tener un proceso tan controlado, vigilado, evaluado?

“La atención del parto normal en MSCF presupone un proceso de empoderamiento de las madres, su familia y el equipo de salud para el embarazo, el trabajo de parto y el parto, en el que se tienen en cuenta no solo los aspectos médicos y biológicos sino también los factores sociales, familiares y culturales que determinan su evolución” (Guía 1: 67).

*“En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural (OMS, 1996)”* (Guía 2: 24). Esto es: parto normal se vincula a proceso natural, fisiológico, sin intervenciones innecesarias, por lo que su atención debe apuntar a un procedimiento *“no medicalizado, integral y basado en el uso de intervenciones beneficiosas (avaladas por la mejor evidencia disponible), teniendo en cuenta no sólo las necesidades biológicas, sino también las necesidades sociales y culturales de las mujeres, sus hijos e hijas y sus familias”* (Guía 1: 71). En estas tres citas textuales, volvemos a ver la postulación de la apuesta simbólica por la humanización y el empoderamiento, que vuelve a verse “oscurecido” por la primacía del enfoque de riesgo.

Esto es, tanto en las definiciones precisas de qué se considera un parto como en las estrategias propuestas para “atenderlo”, se reflejan valoraciones de este proceso, en no pocos casos, contradictorias (que serán retomadas en el último eje de análisis). Por ejemplo, la Guía 3 sostiene como una consideración fundamental para la asistencia al parto el hecho de que *“en el 90% de los casos el parto es un proceso fisiológico, espontáneo y saludable. La mujer y el bebé poseen la sabiduría inherente necesaria para el parto”* (Guía 3: 90). Esta definición apunta a revertir la mirada medicalizada y patologizada de este proceso y a ubicarlo en un plano de “normalidad fisiológica” para la casi totalidad de casos. Y, en contraposición, estas pretensiones fisiologicistas conviven con la sobreponderación del riesgo y un marco simbólico que moldea una atención en términos de control, vigilancia, evaluación, normalidad y patologización que realizan, por supuesto, los efectores de salud. ¿Y el protagonismo de las mujeres?

Rescatamos que se establezca en el entramado de documentos que analizamos que el contexto institucional y la relación médico-paciente intervienen favorable o desfavorablemente sobre el proceso de parto, razón por la cual generamos preguntas de investigación referidas a este marco. “La confianza de la mujer [y] su capacidad para dar a

---

<sup>6</sup> La Guía 3, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, pone el límite en la semana 42 (lo que puede generar cambios significativos en la consecución de la humanización de la atención) aunque llama a “intervenir” en la semana 40.

luz (...) se ven aumentadas (maternidades amigables) o disminuidas (maternidades expulsoras) por todo el personal que le proporcione o no cuidados, así como por el entorno en donde se produce el parto y el nacimiento” (Guía 3: 84). Esta premisa es fundamental para entender la justificación de la necesidad de humanizar la atención, de proporcionar cierta división interna de trabajo, en la que las obstétricas se encarguen de la atención integral del parto normal<sup>7</sup>, y que los médicos se encarguen de la patología obstétrica.

Finalmente, y siendo uno de los ejes centrales de las acciones del gobierno del parto, presentamos un resumen de las intervenciones médicas aconsejadas (según la evidencia clínica y científica disponible) y desaconsejadas (según su rutinización y sus consecuencias iatrogénicas, conocida como “cascada de intervenciones”) por estas guías. Este cuadro materializa, entonces, la regulación de la actividad profesional médica por parte del Estado, que se realiza, sin embargo, en términos de “recomendaciones”, otorgándole flexibilidad a su carácter operativo.

Período del parto <sup>8</sup>	Prácticas Aconsejadas	Prácticas Desaconsejadas
DILATANTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo activo del trabajo de parto</li> <li>• Acompañamiento y apoyo psicofísico</li> <li>• Ingesta de líquidos y alimentos</li> <li>• Analgesia no farmacológica</li> <li>• Monitoreo fetal intermitente</li> <li>• Libre de ambulación</li> <li>• Elección de posición</li> <li>• Partograma: evaluación del progreso del TP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Venocclisis (vía)</li> <li>• Enema</li> <li>• Rasurado púbico</li> <li>• Medicación e inducción con oxitocina</li> <li>• Monitoreo fetal continuo</li> <li>• Tactos frecuentes</li> <li>• Amniotomía (rotura artificial de membranas)</li> </ul>
EXPULSIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento y apoyo psicofísico</li> <li>• Ambientación de sala de parto: cálida y aséptica</li> <li>• Elección de posición</li> <li>• Pujo espontáneo</li> <li>• Criterio conservador, expectante y fisiológico</li> <li>• Recurrencia a saberes de curso preparto</li> <li>• Clampeo tardío del cordón</li> <li>• Contacto piel a piel (COPAP) y no separación de madre-recién nacido</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episiotomía de rutina</li> <li>• Pujo dirigido</li> <li>• Cateterización vertical</li> <li>• Maniobra de kristeller</li> <li>• Más de una hora de expulsivo.</li> <li>• Rutinización de cesáreas</li> </ul>
ALUMBRAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo activo del alumbramiento (administración de oxitocina para acelerar la expulsión de la placenta).</li> <li>• Examen de membranas y placenta</li> <li>• Procedimientos de rutina al RN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo fisiológico del alumbramiento (respeto del tiempo fisiológico de expulsión de la placenta).</li> </ul>

Elaboración propia en base a Guías 1, 2 y 3.

<sup>7</sup>“Es función indelegable de la obstétrica realizar el apoyo psicofísico de la embarazada y la atención y cuidado del trabajo de parto y partos eutócicos o de bajo riesgo” (Guía 3: 90).

<sup>8</sup> El parto supone tres sub-periodos: el de dilatación (conocido como trabajo de parto), el expulsivo (el propio del parto/nacimiento) y el de alumbramiento (en el que se expulsa la placenta y concluye el parto).

En síntesis, el análisis del gobierno de embarazos y partos que proponen estas guías, cristaliza la propuesta de la humanización de la atención obstétrica bajo la órbita de la primacía del enfoque de riesgo. Se postula que el objetivo de este gobierno es “disminuir los riesgos de este proceso fisiológico” (Guía 3: 19). ¿Los riesgos devienen del proceso fisiológico o son una construcción médica? En este sentido, nos resulta destacable que se trabaja en disminuir los riesgos y sin embargo, aunque la calificación del riesgo durante el embarazo sea baja, esto no parece mermar la consideración del parto resultante como evento explosivo y a actuar con presunción de alto riesgo. Razón por la cual, sigue existiendo un poder de veto del portavoz e la autoridad médica y se invalida de algún modo la apuesta de la humanización en términos de reducir las prácticas innecesarias.

#### • 4-Sentidos cristalizados

En esta última parte del trabajo, nos proponemos alcanzar un nivel mayor de abstracción, que el meramente descriptivo que venimos manejando, para dar cuenta de algunas concepciones, sentidos y preconceptos que motivan la acción médica que están cristalizados en estas guías. Por cuestiones de extensión, mencionaremos brevemente algunos de los principales.

**Guía 1:** Como introducimos brevemente, el modelo MSCF supone, implica y propone una transformación institucional y organizacional del funcionamiento de las maternidades. Una de las variables que el documento privilegia para dicho cambio es la adopción de lo que denominan un “enfoque intercultural”. Lo relevante es que se asienta en visiones homogeneizantes de la cultura “criolla o argentina” e “indígena” (como si no existieran diferencias internas) y supone una excepcionalidad en el trato sólo para algunos sujetos, portadores de una “identidad indígena”. Además en el marco de este enfoque, se asocian los saberes y prácticas populares o sociales en salud sólo a los indígenas, cuestión que es claramente discutible con simples argumentos desde las ciencias sociales y hasta del sentido común.

La segunda “dimensión” que destaca como influyente para acercarse a dicha transformación de la cultura organizacional es un cambio en la concepción del error médico. Se vincula el error a una cuestión del sistema y no a cuestiones de mala praxis, en un movimiento en el que “se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en que el error no es castigado” (Guía 1, pag). Consideramos que si bien esto tiene aspectos positivos, en tanto implica pensar estructuralmente los errores, también responde a una medicina corporativa defensiva.

En un análisis más fino, el modelo MSCF propone iniciativas normativas para la población y permisivas u opcionales para los agentes de salud (en un esquema de “los sujetos deben,

los profesionales de salud pueden”). Y consideramos que se asienta y reproduce idealizaciones y normatizaciones constantes: de la idea de mujer, de los médicos, de la relación médico-paciente, de la maternidad, de la paternidad, del funcionamiento hospitalario<sup>9</sup>.

Finalmente, nos parece relevante mencionar este documento que reproduce la idea de la pacientización o la fidelización de las madres a la institución, concebidas como sujetos de y en riesgo que deben ser tuteladas, educadas, vigiladas. Esto se vincula con la perspectiva de Sadler (2004) que retomamos en nuestra investigación y refiere a pensar los mecanismos de desautorización que se interrelacionan para despojar de poder (de decisión, de regulación, de control) a las mujeres-madres y varones-padres, y *entregarle* la autoridad a los profesionales de la salud, en el marco de la atención médica del parto, vinculados a lógicas de infantilización, des-sexualización y des-personalización<sup>10</sup>.

**Guía 2:** Como lo indica su título, esta guía se vincula con la anterior en tanto explicita las normas para la atención del parto normal en las maternidades que adoptan el modelo MSCF. En tal sentido, si la primera guía proponía un cambio institucional y organizacional, esta supone una transformación profesional y de la práctica médico-obstétrica, que busca equiparar las competencias técnicas y humanas del equipo de salud y transformar el modelo médico asistencial y curativo a uno preventivo. Consideramos que esta interrelación es una cuestión fundamental, en términos de que esta atención (novedosa, revisionista, crítica) sólo es posible en aquellas instituciones que ya se convirtieron en MSCF.

Ya destacamos anteriormente la introducción de este documento que expresa un diagnóstico de la medicalización del parto transformado en acto médico, desde una lectura crítica de la lógica hospitalaria y presentándose como alternativa. Ahora bien, a lo largo del documento, es posible advertir que si bien se postula como una posición de avanzada y diferente de aquella atención intervencionista del parto, termina reproduciendo algunas de estas cuestiones que critica. En este marco, nos resultó llamativa la siguiente afirmación que cuestiona la atención tradicional de los partos: *“se consideró conveniente ‘gobernar o dirigir’ el parto, aún los normales, extendiendo prácticas hoy desaconsejadas, pero que en algunas instituciones se siguen realizando”* (Guía 2: 15). El gobierno del parto desde una entidad médica<sup>11</sup>, desembocó en el hecho de que *“se transformó el nacimiento en una enfermedad y las madres y sus familias aceptaron ser dominados y subordinados por el Equipo de Salud,*

---

<sup>9</sup> Además, no deja de comportarse como un “enlatado OMS”, que propone la participación en el diseño, implementación y evaluación de la atención. PCS. Es un objetivo a larguísimo plazo.

<sup>10</sup> Es necesario destacar que estos mecanismos de desautorización no son exclusivos de las mujeres sino que responden a una lógica institucional que atraviesa a todos los usuarios del sistema de salud.

<sup>11</sup> De esta idea sacamos el título para la ponencia.

*perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones”* (Guía 2: 15). En consecuencia esta guía, en el marco de la política de humanización, viene, pretensiosamente, a transformar dicha situación. Según esta cita, el gobierno del parto lo ejerce/ejercía la institución médica y para modificarlo se especifica a partir de un documento ministerial que quién debe gobernar sus propios partos son las mujeres (protagonistas) pero siempre bajo la vigilancia y mirada médica (ojo clínico).

Asimismo, se advierten otras cuestiones contradictorias con esta lectura crítica que el documento inaugura (y que termina legitimando). Por ejemplo, la cuestión del protagonismo del equipo de salud o del predominio del enfoque de riesgo o la concepción del proceso de parto. En este sentido es interesante mostrar cómo, por un lado, conceptualiza el acompañamiento de la pareja o la persona que la mujer elija como complemento de la calidad de atención y destinados a “mejorar el control de la madre” (Guía 2: 26), y por el otro, cómo denuncia las consecuencias iatrogénicas evitables de la atención al parto que se quiere modificar (Guía 2: 27). Consideramos que, en términos más simple, se presenta como alternativa a la medicalización y al “gobierno del parto de las entidades médicas” pero sigue colocando en el centro el “saber médico autorizado”.

Destacamos que uno de los principales aportes de este documento es la presentación pormenorizada de las intervenciones médicas aconsejadas y desaconsejadas en la atención de embarazos y partos. Esta explicitación es relevante en tanto las otras guías la presentan de un modo más general, y aquí es posible advertir los argumentos centrales de la revisión. Y en este punto consideramos que este aporte puede disputar la formación universitaria de los profesionales de la salud, y nos interrogamos sobre dichas disputas formativas.

**Guía 3:** Ya en el título de esta guía producida por la cartera de salud provincial, se establecen elementos simbólicos que permiten vislumbrar la concepción subyacente del proceso perinatal: el embarazo hay que controlarlo, el parto hay que atenderlo, y así se reproduce su medicalización y patologización. En esta guía, que analiza de modo más integral el proceso de embarazo y parto, predomina un enfoque del riesgo que parece estar presente en todo el período, y que requiere cierta vigilancia, evaluación, control, medición por parte del equipo e institución de salud, y otros términos que se asocian a dispositivos de gobierno, seguimiento y guardia del evento perinatal.

Este documento, que describe en detalle las acciones que suponen un *adecuado* seguimiento y atención del embarazo y parto establece las pautas de la normalidad y la desviación muy asociadas a la responsabilidad y obligación de las mujeres, sin realizar una revisión crítica de las instituciones de salud y sus profesionales. En este sentido, por ejemplo, los factores de riesgo se vinculan sólo a sus estilos de vida (y no se tienen en cuenta las consecuencias iatrogénicas de la atención) y se valora la “adherencia al

tratamiento” (en este caso de un evento de salud como es el embarazo-parto) culpabilizando y responsabilizando a las mujeres y sus entornos por su actitud y hasta por los resultados obstétricos. En este sentido, las estrategias de controles prenatales, cursos de preparación para la maternidad y atención hospitalaria de partos, aparecen de algún modo vinculadas al control de las mujeres y sus procesos, ligadas a una estructura de obediencia y responsabilidad, pero, sobre todo, a una estandarización de cómo debería ser (normalidad) y no ser (desviación) una madre, un embarazo y un parto.

¿Qué parto conciben y cómo proponen atenderlo estas guías? ¿Qué significación social le asignan a los procesos de salud, a los modos de atenderlos y a las experiencias subjetivas y sociales de dichos procesos? ¿Cuáles son los sentidos cristalizados acerca del ser mujer, madre, padre, varón, profesional de la salud o recién nacido?

### **Comentarios de cierre**

En la presente ponencia nos propusimos analizar un conjunto de guías que conforman lo que consideramos la política de humanización de la atención del proceso perinatal, una expresión de las diversas modalidades que puede adquirir el gobierno de embarazos y partos, como regulación estatal de la profesión médica. Para ello, describimos en cuatro partes fundamentales las guías: sus características generales, la articulación de los derechos y la revisión de las prácticas, la primacía del enfoque de riesgo, y, finalmente, los sentidos cristalizados.

En su tesis doctoral sobre la atención de embarazos y partos en España, Blázquez Rodríguez (2008) dedica un capítulo al análisis de la “Estrategia de Atención al Parto Normal, del Observatorio de Salud de la Mujer, del Ministerio de Sanidad y Consumo”. Concluye que esta normativa contiene

“-una visión fisiológica del parto, donde se reconoce como un proceso de las parejas y familias, donde intervienen factores psicosociales, a partir de lo que se habla de la humanización de la atención obstétrica; -la participación de las mujeres en sus partos, mediante el acceso a la información, a la toma de decisiones y al derecho a estar acompañadas; -la revisión de ciertos procedimientos sanitarios (...) y, -la inclusión de los hombres en este proceso” (Blázquez Rodríguez, 2008: 265).

Además, sostiene que ser un documento oficial ministerial, le da a esta estrategia “legitimidad profesional, legal y social, lo que favorece a su vez que, en algunos contextos locales, grupos de profesionales puedan modificar sus protocolos e intervenciones” (Blázquez Rodríguez, 2008: 265).

Es innegable la vinculación entre el análisis de dicha estrategia con el de la política de humanización aquí leída a través de las guías. Y es importante dar cuenta de este doble

movimiento que representa el caso del gobierno de embarazos y partos que aquí problematizamos. Por un lado, asistimos a la crítica de la medicalización y patologización de los nacimientos, de las intervenciones innecesarias, de la pacientización de las mujeres en un evento de salud sexual y reproductiva como es el embarazo y parto. Las guías sostienen ese marco ideológico, buscan garantizarlo, y responden a los lineamientos mundiales de la OMS y otros organismos (por eso podemos vincular el trabajo de Blázquez Rodríguez sobre España y el nuestro, porque es un cambio de paradigma a nivel internacional). Sin embargo, y por el otro lado, la constante alusión a términos como: evaluación, vigilancia, control, normalidad, desviación, intervención, observación, riesgo, prevención, detección, adherencia y modelización, entre otros, para referirse a lo esperado o adecuado de la atención médica sobre estos eventos, no hace más que reproducir lo que se critica ideológicamente: se sigue homogeneizando y estandarizando a las mujeres y sus procesos de embarazo y parto.

En síntesis, las guías aportan a la construcción de los embarazos y partos como eventos médicos y patológicos y potencian el enfoque del riesgo obstétrico como factor de evaluación de normalidad/desviación, aunque, paralelamente, buscan instalar el paradigma humanizador en la atención obstétrica. De todos modos, aquí no estamos quitándole el crédito de alternativa y propuesta de cambio a estas políticas, simplemente estamos ubicándola dentro de un marco mayor de cierto modelo médico hegemónico, centrado en un enfoque de riesgo, que tiende a forjar relaciones médico-pacientes de dominación y deshumanizadas. Sin dudas, estos documentos cristalizan disputas hegemónicas y contrahegemónicas, y por ello es posible ver visiones “progresistas” conviviendo con otras más “conservadoras”. Estas (y otras) disputas que existen en la producción de guías, normativas y regulaciones estatales de la atención obstétrica, existen y emergen en el plano de la implementación y ejecución de este determinado gobierno del parto que implica la política de humanización”.

Por tanto, ¿cómo podremos garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a la intimidad, el acompañamiento, la posición para parir, la no separación, y a la individualización del proceso, del cual es protagonista la mujer y su familia? Cuestionando también estos resquicios de los procesos de medicalización del embarazo y parto, que siguen patologizándolo. Hablando de cuidados prenatales y no controles, hablando de acompañamiento y seguimiento y no de vigilancia y evaluación. Privilegiando la mirada sobre este proceso en el marco de esta mujer y de su historia.

## **Bibliografía citada**

- Blázquez Rodríguez, M. I. (2009). Isabel. Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del Área 12 de la Comunidad de Madrid (Doctoral dissertation, Tesis doctoral).
- Castrillo, B. (2015) Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto : Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata (En línea). Trabajo presentado en XI Jornadas de Sociología de la UBA, 13 al 17 de julio de 2015, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Davis-Floyd, R. (2004). "El modelo tecnocrático en medicina." Davis-Floyd R. Del medico al sanador. Buenos Aires: Creavida: 23-60.
- Gainza, P., Labastie, M., y Magnone Aleman, N. (2014). "La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos." ULÚA. Revista de Historia, Sociedad y Cultura 22 (2014).
- Jerez, C. (2015). "Paradojas de la "Humanización" del parto: ¿Qué partos merecen ser "empoderados"?". XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudios sociológicos, 37-67.
- Miller, A. (2001). Sexual no reproductivo: Explorando la conjunción de los derechos sexuales y reproductivos. Derechos Sexuales y Reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos. Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán, 85-134.
- Petchesky, R. (2001). Derechos y necesidades: repensando las conexiones en los debates sobre salud reproductiva y sexual. Derechos sexuales y reproductivos: aportes y dialogos contemporaneos. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 27-41.
- Rofman, A. et al. (2007). Participación de la sociedad civil en políticas públicas: una tipología de mecanismos institucionales participativos. Cadernos Gestão Social, 1(1), 84-97.
- Sadler, M. (2004). "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario". En Sadler, Acuña y Obach, Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66. Originado en actividad de investigación.

## **Documentos**

- Guía 1: "Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo". Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, Maternidad Sardá y Fundación Neonatológica. 2011.
- Guía 2: "Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia". Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. 2012
- Guía 3: "Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo". Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2012.